

مقایسه و بررسی اختلالات رفتاری در بین کودکان و نوجوانان پسر دارای والدین پرخاشگر و عادی شهر خرم آباد

حسین فرهادی^۱، جواد کریمی^۲

^۱ دانش آموخته کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

^۲ استادیار دانشگاه همدان

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان پسر دارای والدین پرخاشگر و عادی مقطع راهنمایی ناحیه یک شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۵ بود.

روش پژوهش این پژوهش از نوع پس رویدادی (علی-مقایسه ای) بود. جامعه آماری در این پژوهش کلیه دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان (ناحیه ۲) شهرستان خرم آباد که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بوده و تعداد آنها طبق سالنامه آماری ۲۰۰ نفر بود. از آنجا که تمامی جامعه در دسترس بود لذا از روش سرشماری استفاده شد؛ و کل جامعه به عنوان نمونه انتخاب می شود. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش چک لیست نشانه های اختلالات روانی دراگوتیس و همکارانش (۱۹۷۳) بود. به منظور آزمون فرضیات از آزمون یو من ویتنی استفاده شد.

نتایج تحقیق نشان داد که اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان پسر دارای والدین پرخاشگر بیشتر از دانش آموزان پسر دارای والدین عادی است.

همه گیری شناسی اختلالات رفتاری-هیجانی به لحاظ اهمیت زیربنایی، در آتیه سلامت فردی و اجتماعی از اهمیت ویژه ای برخوردار است؛ خاصه آن که پژوهش های لازم در این زمینه کم تر انجام شده و بیش تر پژوهش ها متوجه اختلالات بزرگسالان بوده است. شناخت دقیق و علمی مشکلات رفتاری کودکان، نخستین گام در جهت پیشگیری و درمان آنان است.

واژه های کلیدی: اختلالات رفتاری، دانش آموزان پسر، والدین پرخاشگر و عادی، شهر خرم آباد.

۱- مقدمه:

اختلالات رفتاری^۱ در افراد بیشتر در دوران کودکی شروع به شکل گیری می کند. این موضوع اگر در دوران کودکی به موقع شناسایی شود و درست درمان شود، در سنین بالاتر برای فرد دردسر ساز نخواهد بود، اما مشکل اینجاست که بسیاری از خانواده ها توانایی شناسایی این اختلالات را ندارند. با گذشت زمان والدین ممکن است در مقابل این رفتارها از راهکارهای تربیتی ناسازگارانه استفاده کنند. البته این امر می تواند در حفظ یا برطرف کردن مشکلات رفتاری موجود مؤثر باشد به همین خاطر یکی از مؤلفه های درمان جامع برای درمان این افراد کار مستقیم با والدین است تا برای افزایش نتایج مثبت، رفتارهایشان را تغییر دهند (حسینی، ۱۳۹۵).

اختلال های رفتاری طیف وسیعی از اختلال های کودکان و نوجوانان را دربرمی گیرد که از رفتارهای پرخاش گرانه و تکانشی تا رفتارهای افسرده گونه و گوشه گیری دامنه دارد (فرخی و مرادی، ۱۳۹۳). اختلال های رفتاری طیف وسیعی از اختلال های کودکان و نوجوانان را دربرمی گیرد که از رفتارهای پرخاش گرانه و تکانشی تا رفتارهای افسرده گونه و گوشه گیری دامنه دارد. اختلال های رفتاری کودکان، اختلال های شایع و ناتوان کننده ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری را ایجاد می کنند؛ و با نرخ های بالایی از معضلات اجتماعی همراهند (هاردینگ^۲، ۲۰۱۶).

نتایج تحقیقات متعدد نشان می دهند اکثر مشکلات رفتاری کودکان در محیط خانه و مدرسه منعکس کننده شرایط پیچیده بین فردی و رفتاری اعضای خانواده بویژه والدین است و در این میان نقش مادر اساسی و تعیین کننده است بطوریکه محرومیت از وجود او و یا عدم بهداشت روانی والدین اثرات ناگواری از جمله کاهش میزان جنب و جوش، کاهش واکنش عاطفی، ضعف اعتماد به نفس و... را به همراه دارد. نگرش ها و رفتارهای والدین همانند محرومیت از والدین سهم نسبتاً زیادی در علت شناسی اختلالات رفتاری دارند به همین جهت برخی از صاحب نظران معتقدند کودک مشکل دار عمدتاً والدین مشکل داری داشته اند (جهانگیری، ۱۳۹۴). پرخاشگری والدین یکی از ملاک های رشد اجتماعی است که در کودک به عنوان اختلال و به اشکال مختلف از قبیل خراب کردن، برداشتن اسباب بازی کودکان دیگر، جیغ و فریاد زدن، گریه کردن، زد و خورد کردن و ناسازگاری و اختلاف ظاهر می شود (جویس^۳، ۲۰۱۶).

پرخاشگری والدین (بخصوص مادر) نه تنها موجب می شود که کودک در کسب موقعیت تحصیلی دچار مشکلات قابل توجهی شود، بلکه باعث می شود که کودک در زمینه برقراری ارتباطات متقابل اجتماعی با سایر اشخاص نیز دچار مشکلات شود. همچنین در میان آنان علائمی مربوط به اختلال پرخاشگری مشاهده شود پرخاشگری از جمله مشکلات رفتاری است که حاصل خانواده های مشکل دار و ساختار ناسالم و ارتباط نامطلوب والدین با فرزندان است و در این خانواده ها معمولاً یک محرک استرس زا، مانند اعتیاد پدر، خشونت های فیزیکی و کلامی پدر و مادر و رابطه ناسالم اولیا با فرزندان، شیوه های رابطه با فرزندان و امثال آن وجود دارد (هاردینگ^۴، ۲۰۱۶).

متأسفانه در مورد اختلال های مربوط به کودکان مطالعات اندکی صورت گرفته است و اطلاعات موجود بیشتر براساس مطالعات انجام شده در مورد بزرگسالان است؛ با توجه به اهمیت مطالب فوق پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی این موضوع بپردازد. در این راستا، هرگونه اقدامات پیشگیرانه مستلزم ارزیابی نوع و میزان نیاز مردم به آن خدمات و بررسی شیوع مشکل است، زیرا در غیر این صورت فعالیتهای انجام شده نتایج مطلوبی را در بر نخواهد داشت؛ بنابراین، بررسی های اپیدمیولوژی می توانند به عنوان یکی از مهمترین روشهای موجود برای دستیابی به این امر و اهداف بهداشت روانی دارای اهمیت باشند. از آنجایی که جستجوهای صورت گرفته نشان داد که در جامعه ی دانش آموزان پسر پرخاشگر و بدون پرخاش مقطع راهنمایی ناحیه یک

¹ behavioral disorders

² Harding

³ Joees

⁴ Harding

شهر خرم آباد مطالعه ای در زمینه اختلالات رفتاری صورت نگرفته است و با توجه به این که بررسی شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان یکی از مسائل مهم و تاثیرگذار بر عملکرد تحصیلی است. لذا هدف این پژوهش بررسی و مقایسه اختلالات نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی شهر خرم آباد می باشد.

۲- اهداف تحقیق:

هدف کلی:

بررسی و مقایسه اختلالات رفتاری دانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی مقطع راهنمایی ناحیه یک شهر خرم آباد.

اهداف جزئی:

- بررسی و مقایسه شکایات جسمانی دانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی.
- بررسی و مقایسه وسواس و اجبار دانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی.
- بررسی و مقایسه حساسیت در روابط متقابل دانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی.
- بررسی و مقایسه افسردگیدانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی.
- بررسی و مقایسه اضطراب دانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی.
- بررسی و مقایسه پرخاشگری دانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی.
- بررسی و مقایسه ترس مرضیدانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی.
- بررسی و مقایسه افکار پارانوئیدی دانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی.
- بررسی و مقایسه روان پریشی دانش آموزان دارای والدین پرخاشگر و عادی.

۳- مبانی نظری پژوهش:

۱-۳- اختلالات رفتاری کودکان

اختلالات رفتاری، رفتارهایی هستند که فرد به وسیله آنها حقوق دیگران را نقض می کند و قواعد اجتماعی را زیر پا می گذارد. این اختلال بیشتر در دوران کودکی یا نوجوانی روی می دهد و در پسران بیشتر از دختران دیده می شود. بیماری که دچار اختلال رفتاری هستند تلاش می کنند تا رفتاری مورد پسند جامعه پیدا کنند (الر^۱، ۲۰۱۶).

۲-۳- دسته بندی اختلالات رفتاری

اختلالات رفتاری به دو دسته تقسیم می شوند: نوعی که در دوران کودکی آغاز می شود (نشانه ها پیش از ۱۰ سالگی ظاهر می شوند) و نوعی که در دوران نوجوانی آغاز می شود (نشانه ها پس از ۱۰ سالگی ظاهر می شوند). بیماران نوع اول کسانی هستند که غالباً پرخاشگری جسمی و فیزیکی نسبت به دیگران دارند و دارای ارتباطات ضعیفی با دیگران می باشند. آنها ممکن است سابقه اختلالات دیگری نظیر اختلال نافرمانی و خودسری یا اختلال نقص توجه-بیش فعالی (ADHD) را نیز داشته باشند. اختلال رفتاری به ندرت پس از ۱۶ سالگی بروز می کند. بیماران نوع دوم کمتر احتمال دارد که رفتار پرخاشگرانه نسبت به دیگران بروز دهند و معمولاً روابط عادی تری با دیگران دارند. آنها معمولاً دچار اختلالات رفتاری ماندگار نمی گردند و نسبت به بیماران نوع اول، احتمال کمتری دارد که در بزرگسالی دچار اختلال شخصیت جامعه ستیزی شوند (اسکات^۲، ۲۰۱۷).

^۱ Eller

^۲ Scott

۳-۳- انواع اختلالات رفتاری

اختلالات رفتاری دارای چهار نوع عمده می‌باشند:

- رفتار پرخاشگرانه
- رفتار غیرپرخاشگرانه
- تقلب یا دزدی
- نقض جدی قوانین (کارتج^۱، ۲۰۱۶).

۳-۴- نشانگان اختلالات روانی:

وقتی فردی تشخیص‌های چندگانه دارد، ما از همبودی صحبت می‌کنیم. بعضی بالینگران احساس می‌کنند که این اصطلاح باید برای همه بیمارانی به کار برده شود که دو اختلال مجزا، هم زمان در آنها دیده می‌شود، اما اغلب هم عقیده‌اند که تشخیص‌های همبودی واقعی، علت یکدیگر نیستند. همان گونه که نمی‌گویید سرفه و عطسه در سرماخوردگی همبودی دارند، خصوصیات ظاهری نوعی نشانگان دان نیز نمیتواند با عقب ماندگی ذهنی که هر دو نتیجه یک فرایند بیمارگون هستند همبودی داشته باشد (اختری، ۱۳۹۲).

گرچه به نظر می‌رسد بعضی بیماریها همبودی زیادی داشته باشند، اما ممکن است ارتباط آنها یکی از چندین نشانه مشترکشان باشد. برای مثال، در سالهای اخیر محققان در مورد ارتباط بین جمع هراسی و اختلال شخصیت اجتنابی، سوالهای بحث انگیز زیادی داشته‌اند. برخی صاحب نظران معتقدند که این دو عارضه تنها تغییرات آماری یکدیگر هستند. بعضی دیگر اصرار دارند که آنها عارضه‌های مجزایی هستند که اغلب با یکدیگر واقع می‌شوند. حتی با وجود تعریف‌های دقیق، بیماران روانی قرن 21 هنوز در معرض خطر بالای همبودی هستند. همبودی در بعضی از بیماریهای فردی، بیش از 50 درصد است (موریسن، ۲۰۰۸).

۳-۵- افسردگی:

افسردگی در معنای محدود پزشکی، به منزله یک بیماری خلق‌وخو یا اختلال کنش خلق‌وخو و در سطح معمولی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و برخی علائم آن عبارتند از: ناراحتی و تشویش زیاد، احساس بی‌ارزشی و گناه، دوری گزیدن از دیگران، بی‌اشتهایی و عدم میل جنسی، بی‌خوابی، از دست دادن علاقه و کسب لذت از فعالیت‌های عادی و روزمره (موسوی، ۱۳۹۳).

افسردگی غالباً با درماندگی و سبک‌های تفسیر بدبینانه شناخته می‌شود. افراد افسرده احساس می‌کنند که زندگی برای آنان معنا و هدفی ندارد، از توانایی‌های خود ارزیابی منفی دارند. بنابراین، سبک‌های تفسیر خوش‌بینانه از رشد افسردگی در فرد جلوگیری می‌کند (دبی و اتال^۲، ۲۰۱۰).

۳-۶- وسواس-اجباری

اختلال وسواس-اجباری یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است که معمولاً سبب اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی میشود. ۱۰ درصد از مراجعین سرپایی روانپزشکی را بیماران وسواس تشکیل میدهند. شیوع اختلال وسواس-اجباری در طول عمر در جمعیت عمومی 3-2 درصد برآورد شده است. این رقم آن را پس از ترس مرضی و اختلال افسردگی در ردیف

¹ Kartj

² - Debbie and etal

چهارم از شایعترین تشخیص‌های روان‌پزشکی قرار می‌دهد. میانگین سن شروع بیماری حدود ۲۰ سالگی است. هر چند در مردها سن شروع پایینتر (حدود ۱۹ سالگی) از زنها حدود ۳۲ سالگی است (علیلو و همکاران، ۱۳۹۰). نظریه پردازان متعلق به دیدگاه‌های نظری مختلف در این نکته که بیماران وسواس-اجباری به شدت کمال‌گرا بوده و از خطر کرن در هراسند، اتفاق نظر دارند. فروید و سواسها را افرادی متعصب، انعطاف‌ناپذیر و از نظر اخلاقی (وجدان) سختگیر توصیف کرد، او این صفات را با خصوصیات مقعدی‌شهوایی در ارتباط دانست برای درمان این اختلال روشهای گوناگونی از جمله، دارو درمانی، روان‌درمانی، خانواده درمانی، گروه درمانی، درمان با تشنج برقی و روان‌جراحی (حلقه بری یا سینگولکتومی) به کار می‌رود. رفتار درمانگران تکنیک‌های چندی نظیر حساسیت‌زدایی منظم، قصد متناقض، اشباع، بیزاری درمانی، توقف فکر، غرقه سازی تصویری را در درمان اختلال وسواس-اجباری به کار برده‌اند. در جمع بررسی‌های انجام شده بر روی این تکنیکها، اثرات درمانی قابل توجهی را نشان دادند تا اینکه روش مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ توسط میر در سال ۱۹۹۶ برای اولین بار به عنوان درمان موفقیت‌آمیز وسواس گزارش شد (علیلو، ۱۳۹۰).

۷-۳- شکایت‌های جسمانی

انسان موجودی زیبا دوست است و تمایل به زیبایی از دیرباز در سرشت انسانها وجود داشته است. چهره مطلوب، تصور فرد نسبت به خود را بهتر می‌سازد و به او اعتماد بنفس می‌بخشد در نتیجه فعالیت‌های اجتماعی در سطح قابل قبول‌تری شکل می‌گیرد. ظاهر بخش مهمی از هویت فرد است و در موقعیت‌های اجتماعی بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود، بنابراین اهمیت این سازه شخصیتی بسیار بارز است. ظاهر فیزیکی قسمت مهمی از تصویر بدنی است زیرا اولین منبع اطلاعاتی است که دیگران برای تعاملات اجتماعی با فرد از آن استفاده می‌کنند. مفهوم فرد از بدن خویش بخش مهمی از خودپنداره او می‌باشد. بدن قابل مشاهده‌ترین قسمت خود و خودآگاهی فرد است. تصویر بدنی تجسم درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی، ادراکی و نگرشی را در برمی‌گیرد. ابعاد اصلی این نگرش شامل مؤلفه‌های ارزیابی، سرمایه گذاری فرد در برخورد با طرحواره‌های ظاهر و عواطف است که اهمیت ظاهر درونی‌سازی شده را نمایان می‌سازد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۰).

۸-۳- اضطراب

ترس و اضطراب به طور آشکار به عنوان جنبه‌های مهمی از رفتار انسان در مصر و یونان باستان شناسایی شده اند. اضطراب در حد متوسط و سازنده ما را وا می‌دارد که برای انجام امور خود، به موقع و مناسب تلاش کرده و بدین ترتیب زندگی خود را بارورتر و بادوام‌تر سازیم (اختری، ۱۳۹۲).

هرگاه نگرانی بهنجار، به نگرانی آسیب‌شناختی تبدیل شود، فرآنگرانی پدید می‌آید. نگرانی، نه فقط به عنوان یک علامت ناشی از اضطراب بلکه به عنوان یک سبک انگیزشی و فعال برای ارزیابی و مقابله با ترس، اهمیت ویژه‌ای دارد و به نظر میرسد که افراد مبتلا به اختلال اضطرابی، از نگرانی برای مقابله با خطر یا ترس پیش بینی شده استفاده می‌کنند. هرچند فرآنگرانی، منجر به تشدید اضطراب می‌شود ولی چون فرد، نیاز به نگرانی را نوعی مقابله تصور میکند، در جهت پاره کردن زنجیره ی نگرانی بر نمی‌آید و به این ترتیب، نگرانی به صورت عاملی برای اجتناب از شکست در فرآیند سازگاری آینده عمل می‌کند (اختری، ۱۳۹۲).

طبق بررسی که در زمینه اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران انجام شده مشخص شد که، طیف این اختلالات بین ۹/۱۱ و ۲۳/۸ درصد در نوسان بوده و مانند اکثر بررسیهای جهانی در ایران نیز اختلالات افسردگی و اضطراب از شایعترین آنان بودند. در مبتلایان به اختلالات اضطرابی خطر ناکامی در تحصیل،

مشاغل کم درآمد و کاهش کیفیت زندگی بالاتر است (قیاسی وهمکاران، ۱۳۹۰). حساسیت‌زدایی حرکت چشم بازپزدازش یکی از روشهای کارآمد و مؤثر در کمک به کسانی است که از روان زخم‌های ناشی از تجربه‌های ضربه‌زا، اضطراب، وحشت، خاطرات ناخوشایند و اختلال استرس پس از ضربه، سوگ و انواع دیگری از مشکلات هیجانی رنج می‌برند (اختری، ۱۳۹۲).

۹-۳- ترس مرضی

بروان (۱۹۹۷؛ به نقل از اختری، ۱۳۹۲) بیان میکند که امروزه نگرانی پاتولوژیک به عنوان خصیصه اصلی اختلالات اضطرابی مطرح است به طوری که در بسیاری از مطالعات، نگرانی آسیب شناختی (پاتولوژیک را معادل اختلالات اضطرابی قرار می‌دهند (اختری، ۱۳۹۲). اغلب مردم در موقعیتهای مختلف، ممکن است نگران شوند اما نگرانی، بیماران مبتلا به فوبیا، کنترل ناپذیر و آسیب شناختی است. آنها مدت زمان زیادی نگراند و نگرانی آنها حوزه وسیعی از موضوعات مختلف را در برمیگیرد. به طور کلی سبک تفکر در چنین افرادی، با نگرانی مفرط و کنترل ناپذیر مشخص می‌شود. مطالعات نشان میدهد که کنترل ناپذیری نگرانی از بارزترین شاخصهای نگرانی پاتولوژیک است (اختری، ۱۳۹۲).

بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی به صورت مفرط از نگرانی، به عنوان وسیله‌ای برای بررسی جزئیات مشکل، با هدف کاهش احساس بیاطمینانی و سطح اضطرابشان استفاده میکنند. چنین تمرکزی روی جزئیات مسأله، استفاده‌ی واقعی از مهارتهای حل مسأله را به منظور حل مشکل دشوار میکند و عدم تحمل ابهام، رها کردن نگرانی را در مورد مشکلی که روی آن کنترلی ندارند ناممکن می‌سازد. پس از آن، این نگرانی به صورت تجربه‌ای ناخواسته در می‌آید که فرد سعی می‌کند از آن اجتناب کند و این، وضعیت به صورت متناقض ادامه می‌یابد. به عبارت دیگر طبق این مدل، فرد مضطرب در مجادله‌ی بین ترس از اینکه نگرانی غیر قابل کنترل است و عقیده بر اینکه نگرانی از او محافظت میکند، قفل شده است (اختری، ۱۳۹۲).

۱۰-۳- روانپریشی

اصطلاح روان‌پریشی به منظور مشخص کردن شدیدترین عارضه‌های روانی به کار می‌رود که در اثر از هم پاشیدگی فکری، بی‌نظمی‌های هیجانی، از دست دادن جهت‌یابی‌های فضایی و زمانی، عدم توانایی در ارزیابی واقعیت بیرونی، پاسخ ناسازگارانه نسبت به الزام‌های معمول زندگی، وجود هذیان و توهم در پاره‌ای از موارد و به طور کلی آسیب دیدگی شخصیت به وسیله فرایندهای مرضی ایجاد میشود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۲).

پژوهش‌های متعددی در مورد ابعاد اصلی اختلالهای روانپریشی انجام شده است اما تاکنون توافقی در مورد نتایج به دست نیامده است. سرتی و اولگیاتی (۲۰۰۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند رسیدند که پنج عامل اصلی وجود دارد که سازنده روان‌پریشی‌های اصلی هستند، این پنج عامل شامل: مانیا، علائم مثبت، از هم گسیختگی، افسردگی و علائم منفی است. تاکنون برای اختلال اسکیزوفرنی و هم برای افسردگی اساسی الگوهای مختلفی مطرح شده است، به عنوان مثال سه عامل علائم مثبت، منفی و از هم گسیختگی برای اختلال اسکیزوفرنی و از طرف دیگر دو سازه نظری علائم شناختی-روانی و افشایی -بدنی برای افسردگی ارائه شده است (اختری، ۱۳۹۲).

۱۱-۳- تعاریف پرخاشگری

پرخاشگری^۱ عبارتست از رفتاری که هدف آن صدمه زدن به خود یا به دیگری می باشد در این تعریف قصد و نیت فرد مهم است. یعنی رفتاری پرخاشگری محسوب می شود که از روی قصد و عمد برای صدمه زدن به دیگری یا به خود انجام گرفته باشد (کریمی، ۱۳۷۸؛ به نقل از بهرامی، ۱۳۹۴).

^۱ - aggression

پرخاشگری به منظور توصیف مجموعه ای از رفتارهای برون ریزانه مورد استفاده قرار می گیرد که در همه آنها مشخصه ی تجاوز به حقوق افراد دیگر اجتماع و تأثیر آزارنده ی این رفتار مشترک است. اعمال پرخاشگرانه شامل رفتارهای جسمی و کلامی پرخاشگری نظیر تهدید کردن، مشاجره ی لفظی و... همچنین ویرانی دارایی است (بهرامی، ۱۳۹۴).

برخی از روان شناسان پرخاشگری را رفتاری می دانند که به دیگران آسیب می رساند یا بالقوه می تواند آسیب برساند. پرخاشگری ممکن است بدنی، لفظی یا به صورت تجاوز به حقوق دیگران باشد این روانشناسان بین پرخاشگری وسیله ای و پرخاشگری خصمانه تمایز قائل شده اند (بهرامی، ۱۳۹۴).

روان شناسان اجتماعی نیز اگر چه پرخاشگری را به صورت «آسیب رسانی عمدی» تعریف می کنند، اما آن ها می دانند تعیین این که آیا عملی که باعث آسیب وارد شدن به دیگری شده است از روی قصد و عمل بوده یا نه، کاری بسیار دشوار است (بارون و همکاران، ۱۳۸۸).

پرخاشگری مفهوم بسیار پیچیده ای است. این رفتار از یک سو تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روان شناختی است و از سوی دیگر، عوامل ژنتیک و زیست شناختی در استقرار و گسترش آن نقش بسیار عمده ای بازی می کنند. از این رو، ارائه ی تعریفی دقیق و عینی از این سازه دشوار است. با این وجود بارون و ریچاردسون^۱ (۱۹۹۴، به نقل از رفیعی، ۱۳۹۰)، در تعریف پرخاشگری نشان دادند که هدف این گونه رفتارها تخریب و آسیب رسانی به یک موجود زنده و اموال اوست، رفتاری که سبب بروز واکنش های دفاعی و اجتنابی از سوی قربانی می شود (رفیعی، ۱۳۹۰).

۱۲-۳- رفتارهای پرخاشگرانه:

رفتارهای پرخاشگرانه ممکن است به شکل های مختلفی جلوه گر شود از قبیل: آزار و اذیت دیگران، کتک زدن، شکستن، پاره کردن وسایل و لوازم منزل، به دیگران دشنام دادن، مخالفت، پرت کردن اشیاء و لوازم، تمسخر، تحقیر دیگران، بی ادبی، پایکوبی، غرغر کردن، فریاد زدن و گاهی نیز به صورت انزوا و سکوت یا در خود فرورفتن همراه با بغض کردن، غذا نخوردن یا گریه کردن و ... بعضی نیز با بلند کردن موه های خود، کتک زدن خود، کوبیدن سر به دیوار و یا به جای زنگ زدن برای ورود به منزل با استفاده از مشت و لگد، پرخاشگری خود را ابراز می کنند (اخوانی، ۱۳۹۰).

۱۳-۳- تکنیک های لازم برای کنترل پرخاشگری در محیط خانواده

۱- صمیمیت. صمیمیت در خانواده امری لازم و ضروری است زیرا سهم مهمی در کاهش خشونت در خانواده دارد. بسیاری از رفتارهای خشونت آمیز به این دلیل است که صمیمیت بین طرفین وجود ندارد. صمیمیت هنگامی افزایش می یابد که افراد خانواده در امور زندگی با یکدیگر مشارکت داشته باشند، همچنین اعتماد و اطمینان در مشارکت بین اعضای خانواده باعث صمیمیت می شود.

۲- تأمل و سکوت. یکی از بهترین راه های کنترل خشونت در خانواده، کنترل رفتار خویشتن در مواقعی است که یکی از اعضای خانواده به تحریک دیگری بپردازد. بهترین شگرد در این هنگام آن است که دیگران سکوت اختیار کنند تا آن فرد هم آرامش پیدا کند. سپس در یک فرصت مناسب با هم به بحث و بررسی برسند (اخوانی، ۱۳۹۰).

^۱ - Baron, & Richardson

۳- تخلیه؛ یعنی اینکه به طور مستقیم جواب خشونت را ندهیم. تحقیقات جدید نشان داده که پرخاشگری ملاکی و حتی فیزیکی علاوه بر اینکه خشم را کاهش نمی دهد باعث افزایش آن نیز می شود.

۴- مدل پرخاشگری غیرپرخاشگرانه «قدم زدن و ...». تحقیقات نشان داده که افراد عادی که پرخاشگری خود را بدون رفتار پرخاشگرانه بروز داده ند بعد از این کار سطح کمتری از پرخاشگری را داشته اند ولی به طور کل این روش هم زیاد مؤثر نیست (اخوانی، ۱۳۹۰).

۵- تنبیه. در طول تاریخ یکی از وسایل اجتماعی برای کم کردن میزان خشونت تنبیه بوده است که توسط آن جلوی تجاوز، خشونت و دیگر رفتارهای پرخاشگرانه را می گرفتند. ولی در حال حاضر علما معتقدند که تنبیه به طور موقت جلوی خشونت را میگیرد و برعکس در طولانی مدت به طور مستقیم باعث تقویت آن می شود.

۶- صحبت کردن در مورد مشکل. بهترین روش برای کاهش پرخاشگری صحبت کردن در مورد آن است. این تکنیک به طور عملی است، یعنی هنگامیکه پرخاشگری به حد اعلائی خود می رسد، یکی از طرفین سکوت اختیار می کند و سعی می کند قایله را ختم کند. ولی بعد از اینکه طرفین آرام شدند و مدتی نیز گذشت با خونسردی مطالب را با یکدیگر در میان می گذارند و آن را حل و فصل می نمایند (اخوانی، ۱۳۹۰).

۴- سوابق تحقیقاتی

آذریان و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی به بررسی رابطه پرخاشگری والدین و افسردگی دانش آموزان پرداخت؛ نتایج تحقیق نشان داد که بین پرخاشگری والدین و افسردگی دانش آموزان رابطه وجود دارد. ظفرنیایی (۱۳۹۴) در تحقیقی به بررسی رابطه اختلالات رفتاری کودکان با بهداشت روانی والدین پرداخت؛ نتایج تحقیق نشان داد که بین بهداشت روانی والدین و اختلالات رفتاری کودکان رابطه معکوس و معنی داری وجود دارد؛ بدین معنی که هرچه سلامت روان والدین بالا باشد اختلالات رفتاری کودکان پایین می آید.

رحمتی و همکاران (۱۳۸۶) در تحقیقی به بررسی و مقایسه میزان اختلالات روانی دختران نوجوان با توجه به شیوه های فرزند پروری والدین پرداختند؛ نتایج به دست آمده نشان داد که در افسردگی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، هراس، روانپریشی و شکایات جسمانی، دانش آموزانی که میزان بیشتری از اختلالات را نشان داده اند، دارای والدین بی توجه و مستبدی بودند. همچنین در مقیاسهای اضطراب، خصومت و تفکر پارانوئیدی تفاوتی در چهار شیوه فرزند پروری مشاهده نشد (رحمتی و همکاران، ۱۳۸۶).

کارنوسکی^۱ (۲۰۱۶) در تحقیقی به بررسی سنجش پرخاشگری پدر و مادر و افسردگی فرزندان پرداخت؛ نتایج تحقیق نشان داد داد که پرخاشگری والدین تاثیر مستقیمی بر افسردگی فرزندان دارد.

نیربهای^۲ (۲۰۱۵) در تحقیقی به مقایسه اختلالات رفتاری در بین فرزندان با والدین مستبد و عادی پرداخت؛ نتایج تحقیق نشان داد که شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی در بین فرزندان با والدین مستبد بیشتر است.

^۱ Karnosky

^۲ Nyrbhay

استاهل^۱ (۲۰۱۴) در نتایج تحقیقات خود بیان می کند که در خانواده های پرتعارض یک یا هردو والد علایمی از شخصیت های پرخاشگری را دارند و این ویژگی شخصیتی در والدین سبب شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی در بین فرزندان می شود.

هندریک^۲ (۲۰۱۳) در تحقیقی به بررسی رابطه بین پرخاشگری مادران و افسردگی کودکان پرداخت؛ نتایج تحقیق نشان داد که بین پرخاشگری مادران و افسردگی کودکان رابطه معنی داری وجود دارد.

دئن^۳ (۲۰۱۳) در تحقیقی به بررسی شکایات جسمانی فرزندان و پرخاشگری والدین پرداختند؛ و نتایج تحقیق نشان داد که پرخاشگری والدین پیش بینی کننده مهمی برای شکایت جسمانی فرزندان است. لذا به نظر می رسد مداخلات خانواده محوری که شیوه فرزندپروری والدین را مورد هدف قرار دهند، می توانند از روش های موثر پیشگیری از شکایات جسمانی در کودکان و یا کاهش علائم فرزندان مبتلا باشند. پرخاشگری و افسردگی، اختلال رفتار اکتسابی بوده و به رفتار والدین در خانواده بستگی دارد.

پاگ^۴ (۲۰۱۲) در تحقیقی به بررسی ارتباط متقابل بین مادران پرخاشگر و نوجوانان افسرده پرداخت؛ نتایج تحقیق نشان داد که هر چه پرخاشگری والدین افزایش یابد متقابلاً افسردگی نوجوانان هم افزایش می یابد. امریند^۵ ((2011 طی مطالعات خود در مورد ابعاد رفتاری والدین و تأثیر آن بر کودکان به این نتیجه رسید که والدین مستبد دارای فرزندان هستند که از نظر شکایات جسمانی، افسردگی، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی در سطح متوسط قرار دارند، ولی تا حدود زیادی گوشه گیر و نسبت به دیگران بی اعتنا هستند

۵- خصوصیات روش پژوهش

روش پژوهش عبارت است از یک فرآیند نظام مند برای یافتن پاسخ یا راه حل یک مسأله و به بیانی دیگر روش پژوهش مجموعه ای از قواعد، ابزار و راه های معتبر (قابل اطمینان) و نظام یافته برای بررسی واقعیت ها، کشف مجهولات و دستیابی به راه حل مشکلات است (خاکی، ۱۳۸۶). از آنجا که هدف از پژوهش حاضر مقایسه اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان پسر دارای والدین پرخاشگر و عادی مقطع راهنمایی ناحیه یک شهر خرم آباد بود لذا روش پژوهش این پژوهش از نوع (علی-مقایسه ای) بود.

۶- جامعه آماری مورد مطالعه

جامعه آماری در این پژوهش عبارت است از کلیه دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان (ناحیه ۲) شهرستان خرم آباد که در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بوده و تعداد آنها طبق سالنامه آماری ۲۰۰ نفر بود.

۷- حجم نمونه و روش نمونه گیری

از آنجا که تمامی جامعه در دسترس بود لذا از روش سرشماری استفاده شد؛ و کل جامعه به عنوان نمونه انتخاب شد؛ و به کل ۲۰۰ نفر پرسشنامه ارسال گردید.

¹ Staheli

² Hendrick

³ Daen

⁴ Pag

⁵ Amrind

۸- ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه SCL ۹۰ یکی از پر استفاده ترین ابزارهای تشخیص روانپزشکی است. پرسشنامه شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علائم روانی است که با استفاده از آن می توان افراد سالم را از افراد بیمار تشخیص داد.

۹- روش پردازش و تحلیل داده‌ها

- روش‌های آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار
- با استفاده از آزمون t مستقل ویو من ویتنی روابط گروه‌ها مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۱. نتایج تحلیل فرضیات

نتیجه	سطح معناداری	مقدار آماره	مقدار آماره	فرضیات
تایید شد	۰.۰۱	-۱۸.۲۳۷	-	بین اختلالات نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت وجود دارد.
تایید شد	۰.۰۱		-۷.۹۴۸	بین شکایات جسمانی نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
تایید شد	۰.۰۱	-	-۶.۱۸	بین وسواس و اجبار نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
تایید شد	۰.۰۱	-۸.۹۲۸	-	بین حساسیت در روابط متقابل نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
تایید شد	۰.۰۱	-	-۶.۶۵۹	بین افسردگی نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
تایید شد	۰.۰۱	-۶.۵۵	-	بین اضطراب نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
تایید شد	۰.۰۱	-	-۵.۷۱۸	بین پرخاشگری نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
تایید شد	۰.۰۱	-۹.۸۱۲		بین ترس مرضی نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
تایید شد	۰.۰۱		-۵.۴۴۲	بین افکار پارانوئیدی نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.
تایید شد	۰.۰۱		-۶.۴۶۹	بین روان پریشی نوجوانان دارای والدین پرخاشگر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

در فرضیه اول با استناد به مقدار آماره $Z (-۷.۹۴۸)$ که در سطح خطای کوچکتر از ۰.۰۵ معنی دار است، باید گفت که با اطمینان ۹۹ درصد به لحاظ آماری تفاوت شکایات جسمانی نوجوانان در بین نوجوانان با والدین پرخاشگر و عادی معنی دار است؛ یعنی میزان شکایات جسمانی نوجوانان با والدین پرخاشگر و سالم متفاوت است. میانگین رتبه ای شکایات جسمانی نوجوانان با والدین بیمار بیشتر از نوجوانان با والدین سالم می باشد.

در فرضیه دوم با توجه به مقدار آماره $Z (-۶.۱۸)$ که در سطح خطای کوچکتر از ۰.۰۵ معنی دار است، باید گفت که با اطمینان ۹۹ درصد به لحاظ آماری تفاوت وسواس و اجبار نوجوانان در بین نوجوانان با والدین پرخاشگر و عادی معنی دار است. میانگین رتبه ای وسواس و اجبار نوجوانان با والدین بیمار بیشتر از نوجوانان با والدین سالم می باشد. در فرضیه سوم نتایج آزمون تی دو نمونه ای مستقل نشان می دهد که چون سطح معنی داری آزمون با مقدار آماره $t (-۸.۹۲۸)$ کمتر از سطح خطای ۰.۰۵ می باشد می توان اظهار نظر کرد که میانگین نمرات حساسیت در روابط متقابل نوجوانان در با والدین سالم و

بیمار یکسان نیستند و با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری دارند. در فرضیه چهارم با توجه به مقدار آماره Z (-۶.۶۵۹) که در سطح خطای کوچکتر از ۰.۰۵ معنی دار است، باید گفت که با اطمینان ۹۹ درصد به لحاظ آماری تفاوت افسردگی نوجوانان در بین نوجوانان با والدین پرخاشگر و عادی معنی دار است. میانگین رتبه ای افسردگی نوجوانان با والدین بیمار بیشتر از نوجوانان با والدین سالم می باشد. در فرضیه پنجم نتایج آزمون تی دو نمونه ای مستقل نشان می دهد که چون سطح معنی داری آزمون با مقدار آماره t (-۶.۵۵) کمتر از سطح خطای ۰.۰۱ می باشد می توان اظهار نظر کرد که میانگین نمرات اضطراب نوجوانان در با والدین سالم و بیمار یکسان نیستند و با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری دارند؛ و اضطراب نوجوانان با والدین پرخاشگر بیشتر از اضطراب نوجوانان با والدین سالم هستند. در فرضیه ششم با توجه به مقدار آماره Z (-۵.۷۱۸) که در سطح خطای کوچکتر از ۰.۰۱ معنی دار است، باید گفت که با اطمینان ۹۹ درصد به لحاظ آماری تفاوت پرخاشگری نوجوانان در بین نوجوانان با والدین سالم می باشد. در فرضیه هفتم قبل از استفاده از آزمون تی دو نمونه ای مستقل ابتدا با استفاده از آزمون لون همگنی واریانس های دو گروه آماری را بررسی می کنیم. نتایج آزمون تی دو نمونه ای مستقل نشان می دهد که چون سطح معنی داری آزمون با مقدار آماره t (-۹.۸۱۲) کمتر از سطح خطای ۰.۰۱ می باشد می توان اظهار نظر کرد که میانگین نمرات ترس مرضی نوجوانان در با والدین سالم و بیمار یکسان نیستند و با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری دارند. در فرضیه هشتم با توجه به مقدار آماره Z (-۵.۴۴۲) که در سطح خطای کوچکتر از ۰.۰۱ معنی دار است، باید گفت که با اطمینان ۹۹ درصد به لحاظ آماری تفاوت افکار پارانوئیدی نوجوانان در بین نوجوانان با والدین پرخاشگر و عادی معنی دار است. در فرضیه نهم با توجه به مقدار آماره Z (-۶.۴۶۹) که در سطح خطای کوچکتر از ۰.۰۱ معنی دار است، باید گفت که با اطمینان ۹۹ درصد به لحاظ آماری تفاوت روان پریشی نوجوانان در بین نوجوانان با والدین پرخاشگر و عادی معنی دار است؛ یعنی میزان روان پریشی نوجوانان با والدین پرخاشگر و سالم متفاوت است.

۱۰- نتیجه گیری:

بی شک خانواده، نخستین و مهمترین آموزشگاه و پرورشگاه انسان به شمار می آید و یکی از نهادهای اصلی و مقدس هر جامعه است. این خانواده است که فرایند شدن انسان را از قوه به فعل فراهم می کند و تسهیل می سازد و پس از یک زمینه مناسب وراثتی، مهمترین و ضروری ترین نیاز برای رشد یک انسان محسوب می شود و از این نظر خانواده، حیاتی ترین نقش را به عهده دارد. حساس ترین ایام زندگی یک فرد در خانه، در خانواده و در دامن مادر سپری می شود. از این رو قابل تعجب نیست که ریشه اکثر مشکلات رفتاری و ناهنجاریهای عاطفی، اجتماعی و روانی را باید در خانواده جستجو کرد. فرار نوجوانان از خانه، پرخاشگری، بی اختیاری در نگهداری ادرار، ناخن جویدن، اعتیاد، بزهکاری، اضطراب و نظایر آن جلوه هایی از عدم آموزش و عدم برقراری رابطه درست با کودکان و نوجوانان است. اگر در خانواده شرایط و روابط ناسالم و منفی وجود داشته باشد، تأثیری بر روی فرزندان خواهد گذاشت و منش های عاطفی ناهنجاری در آن ها شکل خواهد گرفت. نقش های منفی از قبیل حسادت، پرخاشگری، احساس عدم امنیت، مضطرب، پرخاشگری، ناسازگاری و افسرده می گردد. در کشور ما نیز کم نیستند کودکانی که دارای پدر و مادری عصبی، پرخاشگر، روان گسیخته، افسرده، مضطرب و یا به فوبی دچارند. بنابراین یک عامل فشار زای محیطی در خانواده می تواند برای کودکان، اختلال رفتاری ایجاد کند. برای تخفیف ضایعات و اثرات این مشکلات لازم است شناخت علمی از آن کسب نماییم.

بنابراین یک عامل فشار زای محیطی در خانواده می تواند برای کودکان، اختلال رفتاری ایجاد کند. برای تخفیف ضایعات و اثرات این مشکلات لازم است شناخت علمی از آن کسب نماییم. پس بررسی رابطه اختلال رفتاری کودکان با پرخاشگری والدین و درک بهتر وضعیت روانی والدین آنان با اختلال رفتاری کودکان حائز اهمیت بوده است؛ بنابراین نتایج تحقیق حاضر می تواند اطلاعاتی در مورد کیفیت بهداشت روانی والدین و اهمیت آن در تحول مهارتهای اجتماعی و سازگاری کودکان فراهم آورده و در بهبود بهداشت روانی والدین موثر واقع می شود. مشاوران، روان درمانگران که به کار تشخیص، درمان و راهنمایی

اشخاص می پردازند در کاربرد روی اختلال‌های رفتاری که در اثر ناکارآمدی سازگاری و پایین بودن بهداشت روانی والدین شکل گرفته اند به ریشه های آن توجه کرده و راهکارهای لازم را ارائه نمایند. محیط آموزشی خانواده، جهت افزایش بهداشت روانی والدین و تأثیر آن بر رفتارهای سالم و رشد مهارت‌های اجتماعی مؤثر واقع می شود.

۱۱- پیشنهادهای اجرایی

یافته‌های این پژوهش به متخصصان بهداشت روان از جمله روانشناسان و روانپزشکان کمک میکند که با شناسایی عوامل تأثیرگذار در اختلال رفتاری بتوانند رویکردهای درمانی مؤثری را جهت کاهش این اختلالات مد نظر قرار دهند و با آموزشهای الزم در این راستا از بروز و یا تشدید این اختلال جلوگیری کنند و از این طریق هزینه های تحمیل شده به فرد، جامعه و سیستم بهداشت و درمان را کاهش دهند. بهترین موضع در کاهش اختلالات رفتاری و عقاید مثبت و منفی درباره آن است و با تغییرات عقاید و در نتیجه کاهش اختلالات رفتاری میتوان خلق افسرده را به طور قابل ملاحظه ای کاهش داد. بیشتر به نقش این سازه یعنی اختلالات رفتاری در اختلال افسردگی پرداخته شود تا درک ما از نقش این سازه شناختی کلیدی در اختلال افسردگی روشن تر شود. همچنین مد نظر قرار دادن روش های درمانی که این سازه را هدف قرار می دهند، مانند روش درمانی آموزش کنترل توجه که بر گرفته از رویکرد فراشناختی است. متخصصان بهداشت روان از جمله روانشناسان و روانپزشکان با شناسایی عوامل تأثیر گذار بتوانند رویکردهای درمانی مؤثر، نوین و مقرون به صرفه ای را جهت درمان بیماران افسرده اساسی مد نظر قرار دهند و با شناسایی به موقع و پیشگیری از این اختلال بتوانند هزینه های تحمیل شده به فرد، جامعه و سیستم بهداشت و درمان را کاهش دهند.

۱۲- محدودیت‌های پژوهش

- برای جمع آوری داده ها از ابزار پرسشنامه به عنوان وسیله اصلی استفاده شده است.
- محدود بودن نتیجه پژوهش به دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی ناحیه یک شهر خرم آباد و لذا در تعمیم نتایج به دانش‌آموزان سایر استان‌ها و شهرستان‌ها رعایت احتیاط، ضرورت پذیرد.
- همکاری کم مدیران مدارس.
- محدودیت‌هایی که کنترل آنها از عهده پژوهشگر خارج است مانند انتخاب نمونه، دقت ابزار و وسایل کار؛

منابع و ماخذ:

۱. اختری، ف. (۱۳۹۲). مقایسه سطح پرخاشگری، گرایش به خودکشی و نشانگان اختلالات روانی در معتادین به مواد مخدر، محرک و جامعه بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اردبیل.
۲. اخوانی، ن. (۱۳۹۰). پرخاشگری نوجوانان علل و راهکار. مجله روان شناسی تربیت.
۳. بهرامی، م. (۱۳۹۴). علل پرخاشگری و مقابله با پرخاشگری. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اصفهان.
۴. بهرامی، م. (۱۳۹۴). علل پرخاشگری و مقابله با پرخاشگری. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اصفهان.
۵. حمیده. (۱۳۹۴). اختلالات رفتاری و روانی کودکان. انتشارات البرز.
۶. حسینی، محمود. (۱۳۹۵). اختلال بیش فعالی و کم‌توجهی در کودکان. بانک مقاله های آموزشی و فرهنگی.
۷. خانجانی، ز. باباپور، ج. صبا، گ (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه وضعیت روانی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبا با افراد غیر متقاضی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره بیستم، شماره ۲، ص ۲۳۱.

۸. رحمتی، ع. اعتمادی، ا. محرابی، ش. (۱۳۸۶). مقایسه میزان اختلالات روانی دختران نوجوان با توجه به شیوه های فرزند پروری والدین در دبیرستانهای شهرستان جیرفت. مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء ۱۳۸۶.

۹. علم، ش. (۱۳۹۵). خشونت و پرخاشگری در کودکان و راه های مقابله با آن. روزنامه مردم سالاری.

۱۰. فرخی ک، مرادی خ. (۱۳۹۳). بررسی میزان شیوع اختلال های رفتاری در دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه شهرستان خرم آباد. فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی لرستان. سال دوم/ شماره چهارم/ زمستان.

11. Dean C, (2013) Communicating wide implementation of parenting program: The South East Sydney positive parenting program. *AejAMH* 20۱3; 3(1): 1-12.

12. Nirbhay N.S, Giulio E.L, Alan S.W, Winton J.S, Ashvind N.A, Angela D.A. Peer with intellectual disabilities as a mindfulness-based anger and aggression management therapist. *Research in Developmental Disabilities*. 20۱۵. 32. 6: 2690-2696.

Comparing and Studying the Behavioral Disorders among Children and Adolescents with Aggressive and Normal Parents in Khorramabad

Hossein Farhadi ¹, Javad Karimi ²

1- MA in Clinical Psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran

2- Assistant Professor of Hamedan University

Abstract

The aim of this study was to compare behavioral disorders among middle children with aggressive and normal parents, the area was a city of Khorramabad in 1395.

Method: An ex post facto (causal-comparative), respectively. The population in this study, all high school students (Area 2) the city of Khorramabad, were enrolled in the academic year 95-94, and their number was 200. According to the Statistical Yearbook. Since the entire population were available, therefore, the sampling was done. And the whole society will be chosen. To gather the data in this study, questionnaire SCL 90 Deragotis and colleagues in 1973. To test the hypothesis, independent t-test and ANOVA test was used.

The difference between aggressive and non-students, parents, the level of error is smaller than 0.05, it must be said that with 95 percent of students' physical complaints, according to the statistic Z) 7.948-), obsessive compulsive disorders the value and Z) 6.18-), interpersonal sensitivity in base t) 8.928-), depression value and Z) 6.659-), anxiety statistic value t) 6.55-), aggression in base Z) 5.718 -), phobic, the value of statistic t) 9.812-), paranoia to value and Z) 5.442-), psychosis to value and Z) 6.469-), respectively.

Increase empathy skills, and raise awareness of children about the suffering caused by the aggression of their parents, more attention to children, and requiring them to find a model for yourself, and implementing the selected pattern of behavior, Of the most important things that parents need to be aware.

Keywords: aggressive and normal parents, behavioral disorders Khorramabad, male students.
